

THEORIEBOEK NIVEAU 3

Begeleider gehandicaptenzorg MZ

Deel A

MBO

TRAJECT
WELZIJN

MAATSCHAPPELIJKE
ZORG



ThiemeMeulenhoff

Begeleider gehandicaptenzorg MZ

NIVEAU 3

THEORIEBOEK NIVEAU 3

Begeleider gehandicaptenzorg MZ

C. TELMAN
A.C. VERHOEF

Onder redactie van:
M.H.A.J. GLOUDEMANS
R.F.M. VAN MIDDE

MBO

**TRAJECT
WELZIJN**

MAATSCHAPPELIJKE
ZORG

Colofon

Auteurs

C. Telman

A.C. Verhoef

Redactie

M.H.A.J. Gloudemans

R.F.M. van Midde

Vormgeving binnenwerk en omslag

Studio Fraaj, Rotterdam

Fotografie omslag

Mathilde Karrèr

Opmaak

Imago Mediabuilders, Amersfoort

Over ThiemeMeulenhoff

ThiemeMeulenhoff ontwikkelt zich van educatieve uitgeverij tot een learning design company. We brengen content, leerontwerp en technologie samen. Met onze groeiende expertise, ervaring en leeroplossingen zijn we een partner voor scholen bij het vernieuwen en verbeteren van onderwijs. Zo kunnen we samen beter recht doen aan de verschillen tussen lerenden en scholen en ervoor zorgen dat leren steeds persoonlijker, effectiever en efficiënter wordt.

Samen leren vernieuwen.

www.thiememeulenhoff.nl

ISBN 978 90 06 62213 3

Eerste druk, eerste oplage, 2017

© ThiemeMeulenhoff, Amersfoort, 2017

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie (PRO), Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp (www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden. Voor meer informatie over het gebruik van muziek, film en het maken van kopieën in het onderwijs zie www.auteursrechtenonderwijs.nl.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de auteursrechten te regelen volgens de wettelijke bepalingen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Deze uitgave is volledig CO₂-neutraal geproduceerd.

Het voor deze uitgave gebruikte papier is voorzien van het FSC®-keurmerk.

Dit betekent dat de bosbouw op een verantwoorde wijze heeft plaatsgevonden.

Ten geleide

De afgelopen jaren zijn de beroepsopleidingen voor Maatschappelijke zorg, Pedagogisch werk en Sociaal werk aangepast aan de ontwikkelingen in de beroepspraktijk. De veranderde eisen aan het beroep en de beroepsuitoefening zijn uitgewerkt in nieuwe kwalificatiedossiers. Deze kwalificatiedossiers, opgebouwd uit kerntaken en werkprocessen, vormen de basis voor de inrichting van de huidige opleidingen binnen Welzijn. De leermiddelen van Traject Welzijn zijn ontwikkeld voor en sluiten aan bij deze kwalificatiedossiers.

De beroepskracht Maatschappelijke zorg

Beroepskrachten Maatschappelijke zorg werken in allerlei organisaties in welzijn en de gezondheidszorg. Daarbij kan gedacht worden aan de gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, thuiszorg en maatschappelijke opvang. Maar ook in welzijnsorganisaties, justitiële inrichtingen en asielzoekerscentra zijn zij werkzaam.

De doelgroep waarmee de beroepskracht Maatschappelijke zorg werkt, is zeer divers en bestaat onder andere uit:

- cliënten van alle leeftijden met een verstandelijke, lichamelijke of zintuigelijke beperking;
- cliënten van alle leeftijden met een of meerdere (chronische) ziekten en/of problemen, zoals een ouderdomsziekte;
- cliënten met een psychiatrische ziekte en/of stoornis, een verslaving, een psychosociaal probleem of gedragsprobleem en cliënten die dak- of thuisloos zijn.

Het kwalificatiedossier Maatschappelijke zorg vormt de basis voor de inrichting van de huidige

opleidingen voor beroepen in dit domein. Het leermiddelenaanbod voor de opleiding Maatschappelijke zorg – die deel uitmaakt van Traject Welzijn – is gebaseerd op vier belangrijke uitgangspunten:

- de leermiddelen zijn ontwikkeld vanuit de beroepsuitoefening. Het beroepsonderwijs binnen Traject Welzijn wordt in belangrijke mate bepaald door de aard van de ondersteuningsvragen en door de context waarin de beroepsuitoefening plaatsvindt;
- sterk didactisch concept. De leermiddelen zijn ontwikkeld op basis van leerstijlen en leerervaringen van mbo-studenten. Traject Welzijn houdt rekening met de verschillende leerstijlen van mbo-studenten en verschillende onderwijsstijlen van docenten;
- bij de indeling van de leermiddelen is rekening gehouden met de basisfase en de profielfase;
- er is rekening gehouden met het perspectief van doorstroming tussen mbo-niveau 3 en mbo-niveau 4.

Het didactisch concept van Traject Welzijn gaat nadrukkelijk uit van bovenstaande uitgangspunten, waardoor het vakbekwame leren optimaal wordt ondersteund en mogelijk wordt gemaakt. Traject Welzijn houdt bovendien rekening met de mbo-student door het taalniveau (2F voor de basisfase, 3F voor de profielfase niveau 4) af te stemmen op de doelgroep en door (praktijk)voorbeelden en (praktijk)opdrachten zo te formuleren dat de mbo-student zich aangesproken voelt.

De leermiddelen zijn zo ontwikkeld dat zowel mbo-studenten met een meer theoretische, als

mbo-studenten met een meer praktische inslag er gebruik van kunnen maken. Traject Welzijn is inzetbaar binnen elk didactisch model en biedt de docent de ruimte om zelf invulling te geven aan zijn rol.

Traject Welzijn sluit volledig aan bij actuele opvattingen over flexibiliteit en zelfstandig leren. Dat betekent onder andere dat er gewerkt wordt met uitgaven die ingedeeld zijn in thema's die bestaan uit theorie en de daarbij behorende verwerkingsopdrachten, praktijksituaties en evaluatie middels de studiehulp. Daarnaast komen de beroepsvaardigheden en de houdingsaspecten van de (beginnende) beroepsbeoefenaar expliciet aan de orde. Deze elementen vormen immers een essentieel onderdeel van de beroepsuitoefening.

Theoretische onderbouwing

Het onderdeel 'theorie' voor de basisfase Maatschappelijke zorg bevat alle basiskennis en achtergrondinformatie die hoort bij de betreffende werkprocessen. De leerstof bevat veel voorbeelden uit de beroepspraktijk.

De theorieboeken voor de profielfase Maatschappelijke zorg gaan verdiepend in op de verschillende profielen die worden onderscheiden:

P1: Begeleider gehandicaptenzorg

P2: Begeleider specifieke doelgroepen

P3: Persoonlijk begeleider gehandicaptenzorg

P4: Agogisch medewerker GGZ

P5: Thuisbegeleider

P6: Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen

Werkboeken

De werkboeken sluiten, dankzij hun thema- en hoofdstukindeling, naadloos aan bij de leerstof en indeling van de theorie. Dit geldt zowel voor de leermiddelen gericht op de basisfase als voor de leermiddelen gericht op de profielfase. Via de werkboeken kunnen de studenten zich de leerstof eigen maken door middel van:

- verwerkingsopdrachten voor de leerstof in de theorie;
- praktijksituaties met opdrachten. De praktijksituaties geven realistische beschrijvingen van de praktijk in de Maatschappelijke zorg. Hierin komen problemen en dilemma's aan de orde waarmee beroepsbeoefenaren te maken krijgen in hun dagelijkse werk en waarbij van hen verwacht wordt dat ze met een oplossing en aanpak komen;
- het aanleren van beroepsvaardigheden. Het onderdeel 'vaardigheden' biedt opdrachten die zijn gericht op het stapsgewijs aanleren van sociaal-agogische, communicatieve, verzorgende en creatieve vaardigheden;
- thema-opdrachten gericht op integrale verwerking van de afzonderlijke thema's;
- evaluatie met behulp van de studiehulp en reflectie.

Deze onderdelen zijn consequent terug te vinden in het volledige aanbod van Traject Welzijn. De combinatie van deze onderdelen maakt het leren vanuit verschillende invalshoeken mogelijk en kan zowel in een onderwijssituatie als in de beroepspraktijk plaatsvinden.

Wij hopen dat gebruikers, zowel mbo-studenten als docenten, op een plezierige en zinvolle manier met Traject Welzijn kunnen werken. Heeft u vragen of suggesties, dan stellen wij het bijzonder op prijs als u contact met ons opneemt.

Amersfoort, 2017

Redactie en uitgever

Inhoud

Thema 1 Oriëntatie op de gehandicaptenzorg 19

1 Cliënten in de gehandicaptenzorg 20

- 1.1 Inleiding 21
- 1.2 Wat is gehandicaptenzorg? 21
- 1.3 Mensen met een verstandelijke beperking 21
 - 1.3.1 Het hebben van een verstandelijke beperking 21
 - 1.3.2 Definitie van verstandelijke beperking 21
 - 1.3.3 Indelingen van mensen met een verstandelijke beperking 22
 - 1.3.4 Specifieke syndromen 24
- 1.4 Mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsstoornis 25
- 1.5 Mensen met een meervoudige beperking 25
- 1.6 Mensen met een lichamelijke beperking 25
 - 1.6.1 Indelingen van mensen met een lichamelijke beperking 26
 - 1.6.2 Progressieve en niet-progressief verlopende beperkingen 28
 - 1.6.3 Ondersteuning van mensen met een lichamelijke beperking 28

2 Geschiedenis van de gehandicaptenzorg en voorzieningen 30

- 2.1 Inleiding 31
- 2.2 Geschiedenis vóór 1900 31
- 2.3 Van 1900 tot 1955 31
- 2.4 Van 1955 tot 1990 32
- 2.5 Recente geschiedenis (vanaf 1990) 33
- 2.6 Woon(zorg)mogelijkheden verstandelijk-gehandicaptenzorg 33
 - 2.6.1 Wonen in een zorgcentrum/grote zorgorganisaties 34
 - 2.6.2 Woonvoorzieningen voor groepen 34
 - 2.6.3 Kindergezinsvervangende tehuizen 35
 - 2.6.4 Trainingshuizen 35
 - 2.6.5 Wooninitiatieven 35
 - 2.6.6 Ondersteund wonen/begeleid wonen 35
 - 2.6.7 Begeleid zelfstandig wonen 36
- 2.7 Woon(zorg)mogelijkheden lichamenlijk-gehandicaptenzorg 36
 - 2.7.1 Zelfstandige woning eventueel met zorg thuis 37
 - 2.7.2 ADL-clusterwoningen/Fokuswoningen 37
 - 2.7.3 Grote woonvormen voor mensen met een lichamelijke beperking 37
 - 2.7.4 Kleine woonvormen 37
 - 2.7.5 Revalidatiecentra, verpleeghuizen en andere instellingen 38

3 Van intake tot beëindiging van de hulpverlening 39

- 3.1 Inleiding 40
- 3.2 CIZ en toekenning 40
 - 3.2.1 Intramurale indicatie, zorg thuis 43
- 3.3 Intake 44
- 3.4 Beëindiging van de zorgverlening 44

4 Het ondersteuningsproces 45

- 4.1 Inleiding 46
- 4.2 Ondersteuningsplan en kwaliteit 46
- 4.3 Opzet en structuur ondersteuningsplan 47
- 4.4 Inhoud ondersteuningsplan 48
- 4.5 Totstandkoming ondersteuningsplan 49
 - 4.5.1 Gegevens verzamelen 50
 - 4.5.2 Levensverhaal en persoonsbeeld 51
 - 4.5.3 Perspectief en (hoofd)doelen 52
 - 4.5.4 Activiteiten, afspraken en gewenste bejegening 53
- 4.6 Evaluatie, tussentijdse evaluaties en rapportage 55

Begrippen 57

Thema 2 Ondersteuningsplan en begeleiding 59

5 Deskundig zorg en ondersteuning bieden 60

- 5.1 Inleiding 61
- 5.2 Reële, positieve en genuanceerde beeldvorming 61
 - 5.2.1 Belang van juiste beeldvorming 62
 - 5.2.2 Respectvolle benadering 62
- 5.3 Kenmerken van deskundige ondersteuning 62
 - 5.3.1 Cliëntgericht werken 63
 - 5.3.2 Vraaggericht werken 63
 - 5.3.3 Totale mens als uitgangspunt 64
- 5.4 De relatie tussen de cliënt en begeleider gehandicaptenzorg 65
 - 5.4.1 Gelijkwaardige relatie 65
 - 5.4.2 Ondersteunende relatie 67
 - 5.4.3 Langdurige ondersteuningsrelatie 69
 - 5.4.4 Vertrouwensrelatie 70
 - 5.4.5 Veiligheid 71

6 Mensen met een beperking begeleiden bij wonen 72

- 6.1 Inleiding 73
- 6.2 Leven en wonen 73
 - 6.2.1 Zorg verlenen in de thuissituatie 73
 - 6.2.2 Kwaliteit van wonen 74

- 6.2.3 De woonomgeving 75
- 6.2.4 Contacten met de buitenwereld 75
- 6.3 Ondersteunen bij wonen en leven 75
 - 6.3.1 Ondersteunen bij inrichten en aankleden van de woonruimte 75
 - 6.3.2 Ondersteunen bij behoefte aan ruimte en privacy 77
 - 6.3.3 Creëren en bevorderen van een passende sfeer 77
 - 6.3.4 Bieden van structuur 78
 - 6.3.5 Zorg dragen voor of begeleiden van het huishouden 78
- 6.4 Begeleiden van groepsprocessen 80
 - 6.4.1 Groepsinteractie 80
 - 6.4.2 Machtstructuur 81
 - 6.4.3 Groepsnormen 81
 - 6.4.4 Groepsrollen 82
- 6.5 De groep gebruiken als middel 82
- 6.6 De groep begeleiden bij haar ontwikkeling 83
- 6.7 Aandacht geven aan individuele cliënten 84
- 6.8 Begeleiden bij contacten in de leefgroep 85
- 6.9 Zorg voor het dagelijks leefklimaat in een woongroep 86
 - 6.9.1 Levende milieu 86
 - 6.9.2 Dode milieu 87
 - 6.9.3 Vormgeven aan het dagelijks leven 88

7 Samenwerken met en begeleiden van ouders en mantelzorgers 92

- 7.1 Inleiding 93
- 7.2 Houding van ouders 93
 - 7.2.1 Houding van ouders met een migratieachtergrond 94
 - 7.2.2 Opvoedingsstijlen 94
- 7.3 Het verwerkingsproces bij ouders 95
 - 7.3.1 Ontkenning 95
 - 7.3.2 Woede 96
 - 7.3.3 Verdriet 96
 - 7.3.4 Acceptatie 96
- 7.4 Thuis wonen in het eigen gezin 97
 - 7.4.1 Verhuizen naar een woonvoorziening 98
 - 7.4.2 Na de verhuizing 99
 - 7.4.3 Bezoekgedrag van ouders 99
- 7.5 Het belang van een goede samenwerking met verwanten 100
 - 7.5.1 Spilfunctie voor de persoonlijk begeleider 101
 - 7.5.2 Het eerste contact met verwanten 102
 - 7.5.3 Werken aan een goede relatie met verwanten 102
- 7.6 Informele contacten met verwanten 103
 - 7.6.1 Contact met verwanten via telefoon en mail 103
 - 7.6.2 Breng- en haalcontacten 104
 - 7.6.3 Open dagen 104
 - 7.6.4 Familieavonden 105

- 7.7 Formele contacten met verwanten 105
 - 7.7.1 Het familiegesprek 105
 - 7.7.2 Het conflictoplossend gesprek 106
 - 7.7.3 Het huisbezoek 107
- 7.8 Familieparticipatie 107
 - 7.8.1 Familieparticipatie op individueel niveau 107
 - 7.8.2 Familieparticipatie op het niveau van de woongroep 108
 - 7.8.3 Familieparticipatie op het niveau van de zorgorganisatie 108

Begrippen 110

Thema 3 Cliënten met een verstandelijke beperking 113

8 Mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking 114

- 8.1 Inleiding 115
- 8.2 Mensen met een lichte verstandelijke beperking 115
 - 8.2.1 Ondersteunen van mensen met een lichte verstandelijke beperking 116
- 8.3 Mensen met een matige verstandelijke beperking 118
 - 8.3.1 Ondersteunen van mensen met een matige verstandelijke beperking 119
- 8.4 Syndromen 120
 - 8.4.1 Syndroom van Down 121
 - 8.4.2 Foetaal alcoholyndroom (FAS) 122
 - 8.4.3 Fragiele-X-syndroom 123

9 Ondersteunen van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking 125

- 9.1 Inleiding 126
- 9.2 Gevoel van eigenwaarde vergroten 126
- 9.3 Begeleiden bij relatievorming en seksualiteit 127
 - 9.3.1 Risico van onwetendheid en misverstanden 127
 - 9.3.2 Seksuele voorlichting geven 128
 - 9.3.3 Meer liefelijk en minder remmingen 129
 - 9.3.4 Respectvol grenzen aangeven 129
 - 9.3.5 Risico van ongelijkwaardigheid en machtsmisbruik 129
 - 9.3.6 Als verwanten de behoefte aan seksualiteit en relaties ontkennen 131
 - 9.3.7 Handelingsverlegenheid 131
- 9.4 Ondersteunen bij netwerkontwikkeling 131
 - 9.4.1 Gericht werken aan netwerkontwikkeling 132
 - 9.4.2 Algemene begeleiding bij netwerkontwikkeling 134
- 9.5 Sociale rolversterking 134
 - 9.5.1 Werken aan sociale rolversterking 135
- 9.6 Ondersteunen bij het omgaan met negatieve reacties 135
 - 9.6.1 Weerbaarheid vergroten 135
 - 9.6.2 Praten over de interpretatie van situaties 136

- 9.7 Spel en activiteiten 137
 - 9.7.1 Belang van spel en activiteiten 137
 - 9.7.2 Aanbieden en begeleiden van spel en activiteiten 137
 - 9.7.3 Methodisch handelen bij activiteiten 138
- 9.8 Ondersteunen bij werk 140
 - 9.8.1 Succesfactoren voor vinden en behouden van werk 141

10 Mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking 142

- 10.1 Inleiding 143
- 10.2 Mensen met een ernstige verstandelijke beperking 143
 - 10.2.1 Ondersteuning 143
- 10.3 Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking 144
 - 10.3.1 Ondersteuning 145
- 10.4 Specifieke syndromen 145
 - 10.4.1 Rett-syndroom 145
 - 10.4.2 Angelmansyndroom 147
 - 10.4.3 Het syndroom van Prader-Willi 147

11 Ondersteunen van mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke beperking 149

- 11.1 Inleiding 150
- 11.2 Communicatie met anderen 150
- 11.3 Veiligheid bieden 152
 - 11.3.1 Structuur in de dagindeling 152
 - 11.3.2 Structuur in de leefruimte 152
 - 11.3.3 Structuur in de omgang en begeleiding 153
- 11.4 Regie over het eigen leven 153
- 11.5 Lichamelijke verzorging 153
 - 11.5.1 Rumineren 154
 - 11.5.2 Problemen met de uitscheiding 154
 - 11.5.3 Huidproblemen 155
 - 11.5.4 Gebitsproblemen en gebitsverzorging 155
 - 11.5.5 Nagelverzorging 156

Begrippen 157

Thema 4 Ondersteuning bij levensloop en bij bijzonder gedrag 161

12 De ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking 162

- 12.1 Inleiding 163
- 12.2 Hoe uit zich een verstandelijke beperking? 163
 - 12.2.1 Te trage ontwikkeling 163
 - 12.2.2 Stilstand in de ontwikkeling 163
 - 12.2.3 Terugval in de ontwikkeling 163
 - 12.2.4 Incomplete ontwikkeling 164

- 12.2.5 Alarmsignalen ontwikkelingsachterstand 164
- 12.3 Fasen in de ontwikkeling die anders verloopt 164
 - 12.3.1 Kinderen met een verstandelijke beperking 164
 - 12.3.2 Pubers met een verstandelijke beperking 165
 - 12.3.3 Volwassenen met een verstandelijke beperking 166
 - 12.3.4 Ouderen met een verstandelijke beperking 169
- 12.4 Dementie bij mensen met een verstandelijke beperking 173
 - 12.4.1 Verschijnselen van dementie 173
 - 12.4.2 Ondersteunen van demente cliënten 173
- 12.5 Sterven en rouw bij mensen met een verstandelijke beperking 174
 - 12.5.1 Stervensbegeleiding 174
 - 12.5.2 Begeleiden bij rouw 175
- 13 Bijzonder gedrag bij mensen met een verstandelijke beperking 178**
 - 13.1 Inleiding 179
 - 13.2 Oorzaken van bijzonder gedrag 179
 - 13.3 ADHD bij mensen met een verstandelijke beperking 179
 - 13.3.1 Kenmerkende gedragingen bij ADHD 179
 - 13.3.2 Ondersteunen van cliënten met een aandachtsstoornis 180
 - 13.4 Hechtingsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking 181
 - 13.4.1 Oorzaken van hechtingsproblemen 181
 - 13.4.2 Gevolgen van hechtingsproblemen 181
 - 13.4.3 Ondersteunen bij behoefte aan veiligheid en bij hechtingsproblemen 183
 - 13.5 Psychiatrische stoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking 183
 - 13.5.1 Psychose en schizofrenie 184
 - 13.5.2 Omgaan met psychotische cliënt 185
 - 13.5.3 Stemningsstoornis 185
 - 13.5.4 Omgaan met cliënt met bipolaire stoornis 185
 - 13.5.5 Angststoornis 186
 - 13.5.6 Omgaan met cliënt met angststoornis 187
 - 13.5.7 Obsessieve-compulsieve stoornis 187
 - 13.5.8 Omgaan met cliënt met obsessieve-compulsieve stoornis 188
 - 13.6 Depressie bij mensen met een verstandelijke beperking 188
 - 13.6.1 Kenmerken van depressie 188
 - 13.6.2 Behandeling van en ondersteuning bij depressie 189
 - 13.7 Epilepsie bij mensen met een verstandelijke beperking 190
 - 13.7.1 Oorzaken van epilepsie 190
 - 13.7.2 Ondersteunen bij epilepsie 190
 - 13.8 Gedragsproblemen bij mensen met een verstandelijke beperking 191
 - 13.8.1 Vormen van probleemgedrag 192
 - 13.8.2 Signaleren van gedragsproblemen bij cliënten 192
 - 13.8.3 Oorzaken en achtergronden van probleemgedrag 193
 - 13.8.4 Herhaalgedrag 193
 - 13.8.5 Splitting 193
 - 13.8.6 Observatie van gedragsproblemen 194

- 13.8.7 Ondersteunen van cliënten bij probleemgedrag 195
- 13.9 Fysieke agressie bij mensen met een verstandelijke beperking 197
 - 13.9.1 Oorzaken van fysieke agressie 197
 - 13.9.2 Fysieke agressie voorkomen 197
 - 13.9.3 Omgaan met dreigende escalaties 197
 - 13.9.4 Cliënten leren omgaan met de eigen agressie 199
 - 13.9.5 Werken aan je eigen houding en vaardigheden 199

Begrippen 200

Thema 5 Cliënten met aandoeningen aan het centraal zenuwstelsel 203

14 Anatomie en fysiologie van het centraal zenuwstelsel 204

- 14.1 Inleiding 205
- 14.2 Hersenen 205
 - 14.2.1 Onderdelen en functies van de hersenen 206
- 14.3 Het ruggenmerg 209
- 14.4 Het perifere zenuwstelsel 210
 - 14.4.1 Reflexen 210
- 14.5 Functies van het zenuwstelsel 211
- 14.6 Zenuwweefsel 212

15 Hersenletsel 214

- 15.1 Inleiding 215
- 15.2 Vormen van hersenletsel 215
 - 15.2.1 Aangeboren hersenletsel 215
 - 15.2.2 Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) 216
- 15.3 Oorzaken van hersenletsel 216
- 15.4 Diagnostische onderzoeken 218
- 15.5 Verschijnselen bij hersenletsel 219
 - 15.5.1 Bewustzijnsstoornissen 220
 - 15.5.2 Motorische stoornissen 221
 - 15.5.3 Sensorische stoornissen 221
 - 15.5.4 Cognitieve stoornissen 222
 - 15.5.5 Emotionele stoornissen 223
- 15.6 Verzorging en begeleiding bij hersenletsel 223
 - 15.6.1 Specifieke aandachtspunten 224
 - 15.6.2 Begeleiding algemeen 231
 - 15.6.3 Begeleiding NAH 231
- 15.7 CVA 232

16 Multiple sclerose en amyotrofische laterale sclerose 235

- 16.1 Inleiding 236
- 16.2 Multiple sclerose 236

- 16.2.1 Vormen van MS 236
- 16.2.2 Oorzaken van MS 237
- 16.2.3 Diagnose MS 237
- 16.2.4 Behandeling van MS 237
- 16.2.5 Verschijnselen van MS 238
- 16.2.6 Verzorging en begeleiding bij MS 239
- 16.3 Cliënten met ALS (amyotrofische laterale sclerose) 241
 - 16.3.1 Oorzaak van ALS 242
 - 16.3.2 Verschijnselen van ALS 242
 - 16.3.3 Vormen van ALS 242
 - 16.3.4 Behandeling van ALS 243
 - 16.3.5 Prognose ALS 243
 - 16.3.6 Verzorging en begeleiding bij ALS 243

17 Spina bifida en dwarslaesie 246

- 17.1 Inleiding 247
- 17.2 Cliënten met spina bifida 247
 - 17.2.1 Vormen van spina bifida 247
 - 17.2.2 Oorzaak van spina bifida 248
 - 17.2.3 Verschijnselen van spina bifida 248
 - 17.2.4 Behandeling van spina bifida 249
 - 17.2.5 Verzorging en begeleiding bij spina bifida 249
- 17.3 Cliënten met een dwarslaesie 250
 - 17.3.1 Oorzaken van een dwarslaesie 251
 - 17.3.2 Plaats van de dwarslaesie 251
 - 17.3.3 Compleet of incompleet 252
 - 17.3.4 Verschijnselen van een dwarslaesie 252
 - 17.3.5 Verzorging en begeleiding bij een dwarslaesie 253

Begrippen 257

Thema 6 Cliënten met aandoeningen aan de zintuigen 263

18 Slechthorendheid en doofheid 264

- 18.1 Inleiding 265
- 18.2 Het gehoor 265
 - 18.2.1 Anatomie van het oor 265
- 18.3 Aandoeningen aan het gehoor 266
 - 18.3.1 Oorsuizen 266
 - 18.3.2 Slechthorendheid 267
- 18.4 Doofheid 269
 - 18.4.1 Aangeboren doofheid 269
 - 18.4.2 Later verworven doofheid 270

- 18.5 Begeleiding en verzorging 271
 - 18.5.1 Hoortoestellen 272
 - 18.5.2 Klachten door hoortoestellen 275
 - 18.5.3 Communicatie met slechthorenden en doven 275

19 Slechtziendheid en blindheid 278

- 19.1 Inleiding 279
- 19.2 Het oog 279
 - 19.2.1 Anatomie van het oog 279
 - 19.2.2 Bouw van het oog 279
 - 19.2.3 Werking van het oog 280
 - 19.2.4 Slechtziendheid en blindheid 281
 - 19.2.5 Oorzaken van slechtziendheid en blindheid 281
- 19.3 Oogafwijkingen 282
 - 19.3.1 Vormen 282
 - 19.3.2 Diagnostiek oogandoeningen 284
 - 19.3.3 Behandeling oogandoeningen 285
- 19.4 Verstandelijke beperking en slechtziendheid 285
- 19.5 Doofblindheid 286
- 19.6 Ondersteuning 287
 - 19.6.1 Voortbeweging van blinden en slechtzienden 287
 - 19.6.2 Oriëntatieprobleem 288
 - 19.6.3 Communicatie 288
 - 19.6.4 Hulpmiddelen 289
 - 19.6.5 Psychosociale aspecten 289

Begrippen 290

Thema 7 Cliënten met aandoeningen aan het bewegingsstelsel 293

20 Anatomie en fysiologie van het bewegingsstelsel 294

- 20.1 Inleiding 295
- 20.2 Botten 295
- 20.3 Gewrichten 296
- 20.4 Spieren 297

21 Spierdystrofie 299

- 21.1 Inleiding 300
- 21.2 Algemene informatie spierdystrofie 300
- 21.3 Cliënten met spierdystrofie van Duchenne 301
- 21.4 Cliënten met spierdystrofie van Becker 302
- 21.5 Verschijnselen bij ziekte van Duchenne en ziekte van Becker 303
- 21.6 Behandeling van ziekte van Duchenne en ziekte van Becker 304
- 21.7 Verzorging en begeleiding algemeen 305

22 Gewrichtsaandoeningen 309

- 22.1 Inleiding 310
- 22.2 Cliënten met artrose 310
 - 22.2.1 Oorzaken 310
 - 22.2.2 Verschijnselen 311
 - 22.2.3 Behandeling 311
 - 22.2.4 Begeleiding en verzorging 312
- 22.3 Cliënten met reumatoïde artritis 314
 - 22.3.1 Oorzaken 314
 - 22.3.2 Verschijnselen 314
 - 22.3.3 Diagnose 315
 - 22.3.4 Behandeling 315
 - 22.3.5 Verzorging en begeleiding 316

23 Osteoporose, amputaties en complex regionaal pijnsyndroom 319

- 23.1 Inleiding 320
- 23.2 Cliënten met osteoporose 320
 - 23.2.1 Oorzaken 320
 - 23.2.2 Verschijnselen 321
 - 23.2.3 Diagnose en behandeling 321
 - 23.2.4 Verzorging en begeleiding 322
- 23.3 Cliënten met amputatie van ledematen 323
 - 23.3.1 Oorzaken 323
 - 23.3.2 Revalidatie 324
 - 23.3.3 Prothese 324
 - 23.3.4 Verzorging en begeleiding 325
- 23.4 Cliënten met het complex regionaal pijnsyndroom 326
 - 23.4.1 Oorzaken 327
 - 23.4.2 Verschijnselen 328
 - 23.4.3 Diagnose 328
 - 23.4.4 Behandeling 328
 - 23.4.5 Verzorging en begeleiding 329

Begrippen 331

Register 332

Illustratieverantwoording 339

Thema 8 tot en met 13 vind je in deel B.



Oriëntatie op de gehandicaptenzorg

Kern

Werken in de gehandicaptenzorg houdt in: in relatie staan met mensen met een beperking. Cliënten doorlopen een traject, dat begint bij de intake en eindigt bij de beëindiging van de hulpverlening. Tijdens het ondersteuningsproces wordt vaak gebruikgemaakt van een ondersteuningsplan.

Cliënten in de gehandicaptenzorg

Cliënten kunnen verschillende vormen van beperkingen hebben. De beperking kan in lichte mate aanwezig zijn, maar kan ook ernstig zijn. Er is sprake van een duidelijke beperking in het intellectuele functioneren. Naast de intellectuele beperking zijn er beperkingen in het aanpassingsvermogen.

Geschiedenis van de gehandicaptenzorg en voorzieningen

Door de eeuwen heen is men steeds anders gaan kijken naar mensen met een verstandelijke beperking. Hierdoor is in de zorg, ondersteuning en omgang met deze cliënten veel veranderd. De geschiedenis is bepalend voor hoe de zorg nu is. De huidige voorzieningen spelen een rol bij het welbevinden van cliënten.

Van intake tot beëindiging van de hulpverlening

De zorg in Nederland is professioneel georganiseerd en wordt zorgvuldig geregeld. Iedereen heeft recht op zorg, in de vorm die het best past

bij de zorgvraag. Voor jou als begeleider gehandicaptenzorg start de zorgverlening op het moment dat je zorg gaat verlenen; voor een cliënt begint het traject al veel eerder. Globaal gezien legt iedereen dezelfde route af, maar elke route is weer anders.

Het ondersteuningsproces

Het ondersteuningsplan is een belangrijk middel bij het methodisch werken tijdens de ondersteuning van de cliënt. Het ondersteuningsplan is voor iedere cliënt verschillend. Het hangt immers af van de soort ondersteuning die nodig is.



1 Cliënten in de gehandicaptenzorg

Liesbeth (36 jaar) woont in een kleine woonvorm, speciaal voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. De oorzaak van het hersenletsel bij Liesbeth is een hersentumor. In eerste instantie waren artsen weinig optimistisch, maar uiteindelijk is het hen toch gelukt de tumor volledig te verwijderen. Maar daarmee is Liesbeth wel een andere vrouw geworden. Haar man Peter zegt daarover: 'Wat ik vooral moeilijk vind, is dat ze een heel andere persoonlijkheid heeft gekregen. Liesbeth was altijd goedgehumeurd, ze was sociaal vaardig, reageerde rustig. Maar na het behandeltraject is ze vaak slechtgehumeurd, lichtgeraakt, snel in tranen. En ze vertoont vreselijk ontremd gedrag. Als iets niet zo gaat zoals zij verwacht, begint ze te vloeken en te tieren. Ook reageert ze op alles wat ze ziet of hoort. Vaak gaat het om heel kleine dingen. Iemand morst bijvoorbeeld wat suiker op tafel. Of iemand pakt de bonbon die zij had willen hebben. Ze gaat dan als een idioot tekeer, ik schaam me rot. Tijdens een etentje heeft ze eens de borden van haarzelf en haar zus verwisseld omdat ze vond dat die een groter stuk vlees had dan zij. Liesbeth heeft geen enkel inzicht in haar eigen gedrag. We hebben veel vrienden verloren. Mensen snappen niet dat ze niet in staat is haar gedrag te corrigeren. Iedereen overschat haar, er is ook niets aan haar te zien.'

1.1 Inleiding

Werken in de gehandicaptenzorg houdt in: in relatie staan tot mensen met een beperking. Door te spreken over 'mensen met een beperking' en niet over 'mensen met een handicap', laat je zien dat het gaat om een probleem bij het functioneren en niet om een participatieprobleem. Het probleem bij het functioneren bepaalt namelijk de ondersteuningsvraag die iemand heeft, en dat bepaalt de zorg en ondersteuning die jij geeft.

Dit hoofdstuk behandelt de volgende onderwerpen:

- wat is gehandicaptenzorg?
- mensen met een verstandelijke beperking;
- mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsstoornis;
- mensen met een meervoudige beperking;
- mensen met een lichamelijke beperking.

1.2 Wat is gehandicaptenzorg?

In de gehandicaptenzorg krijg je te maken met mensen die een beperking hebben. 'Gehandicaptenzorg' is een verzamelterm. Het gaat om zorg, begeleiding en opvang op het gebied van wonen, werk, dagbesteding en onderwijs voor mensen met een lichamelijke beperking, een verstandelijke beperking en een meervoudige beperking.

Als begeleider gehandicaptenzorg krijg je meestal te maken met ondersteuning en begeleiding bij het wonen.

De doelgroep 'mensen met een beperking' is erg groot. Als begeleider gehandicaptenzorg kun je bijvoorbeeld werken met:

- mensen met een verstandelijke beperking;
- mensen met een lichamelijke beperking;
- mensen met een meervoudige beperking;
- mensen met een chronische ziekte;
- mensen die revalideren.

1.3 Mensen met een verstandelijke beperking

In Nederland wonen zo'n 120.000 mensen met een verstandelijke beperking. Iets meer dan de helft daarvan heeft een ernstige of zeer ernstige verstandelijke beperking. Er zijn meer mannen dan vrouwen met een verstandelijke beperking. De verhouding is ongeveer zes mannen op vijf vrouwen.

Mensen met een verstandelijke beperking verschillen net zoveel van elkaar als andere mensen. Toch worden ze vaak als één groep gezien. Er zijn veel vooroordelen. Bijvoorbeeld dat 'ze' niets kunnen, dat 'ze' zielig zijn, dat 'ze' er eng uitzien en dat 'ze' net kleine kinderen zijn. Dit soort vooroordelen maakt duidelijk dat veel mensen een verkeerd beeld hebben van mensen met een verstandelijke beperking. Elke persoon met een verstandelijke beperking is een individu en heeft dezelfde rechten als iedereen.

1.3.1 Het hebben van een verstandelijke beperking

Voor mensen met een verstandelijke beperking zijn veel benamingen in omloop, zoals 'geestelijk gehandicapt', 'zwakzinnig' en 'mentaal geretardeerd'. Deze termen zijn gelukkig verouderd, maar je kunt ze nog tegenkomen. De juiste term is: 'mensen met een verstandelijke beperking'. Deze term maakt duidelijk dat:

- het om *gewone* mensen gaat, net als ieder ander;
- de cliënt een beperking heeft (hij *is* het niet!);
- er sprake is van een probleem bij het intellectuele functioneren.

1.3.2 Definitie van verstandelijke beperking

Het is belangrijk om uit te gaan van een goede definitie van een verstandelijke beperking. De definitie die wereldwijd het meest wordt gebruikt is hier het uitgangspunt.

Bij een **verstandelijke beperking** is sprake van duidelijke beperkingen in het intellectuele functioneren en aanpassingsvermogen. Bij een beperking in het aanpassingsvermogen kan de cliënt niet handelen naar de normen die horen bij zijn leeftijd. Het gaat om normen op het gebied van sociale vaardigheden, verantwoordelijkheden, communicatie, onafhankelijkheid en zelfredzaamheid. De beperkingen treden op vóór de leeftijd van achttien jaar.

In de definitie komt een aantal aspecten naar voren:

- Er is sprake van een duidelijke beperking in het intellectuele functioneren. Dit wil zeggen dat er duidelijk problemen zijn op verstandelijk gebied: (grote) problemen bij het leren, denken en onthouden van zaken. Denk hierbij niet alleen aan theoretische, maar ook aan praktische zaken. Jezelf kunnen aankleden bijvoorbeeld stelt eisen aan je (motorische) vaardigheid, maar je moet ook de volgorde waarin je de kleren moet aantrekken onthouden en (vooral) de logica daarvan inzien.
- Naast de intellectuele beperking zijn er beperkingen in het aanpassingsvermogen. Denk bijvoorbeeld aan het vermogen in te kunnen spelen op anderen, op situaties of op gestelde eisen. Een persoon met een verstandelijke beperking heeft er moeite mee onafhankelijk te functioneren en verantwoordelijkheid te dragen.
- De cliënt kan niet voldoen aan de normen die horen bij de leeftijd. Wat men kan en niet kan, is leeftijdsgebonden. Als een kind achterblijft in zijn ontwikkeling, kan alleen maar de vergelijking gemaakt worden met andere kinderen van die leeftijd.
- Een persoon met een verstandelijke beperking heeft problemen op het vlak van sociale vaardigheden, verantwoordelijkheden, com-

municatie, onafhankelijkheid en zelfredzaamheid. Bij al deze zaken is een goed begrip van de situatie en de reacties van anderen nodig om correct te reageren. Een persoon met een verstandelijke beperking is daarom niet, of niet goed, in staat zelfstandig deel te nemen aan het verkeer, zelfstandig te wonen, zorg te dragen voor eigen veiligheid en gezondheid enzovoort. Deze situaties stellen eisen aan hem, waaraan hij niet kan voldoen. De mate waarin hij dit niet kan, verschilt per persoon.

- De verstandelijke beperking komt voor het achttiende jaar tot uiting. Voor het achttiende levensjaar is duidelijk dat er sprake is van:
 - een te trage ontwikkeling;
 - stilstand in de ontwikkeling;
 - terugval in de ontwikkeling;
 - een incomplete ontwikkeling.

1.3.3 Indelingen van mensen met een verstandelijke beperking

Er zijn drie manieren waarop je mensen met een verstandelijke beperking kunt indelen.

Indeling op basis van intelligentie

Bij de vraag of iemand een verstandelijke beperking heeft, werd vroeger gekeken naar het IQ (intelligentiequotiënt). Tegenwoordig kijkt men naar meer dan alleen het IQ. Dat is logisch als je kijkt naar de definitie van 'verstandelijke beperking'. Je moet ook kijken naar het aanpassingsvermogen, en of iemand wel of niet zelfstandig kan deelnemen aan het sociaal en maatschappelijk leven.

Indeling naar niveaus

In plaats van een indeling naar IQ, is er nu een indeling naar niveaus:

- mensen met een lichte verstandelijke beperking;
- mensen met een matige verstandelijke beperking;
- mensen met een ernstige verstandelijke beperking;

- mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking.

Realiseer je dat bij twee mensen van hetzelfde niveau de verschillen altijd groter zijn dan de overeenkomsten. De informatie hierna geeft je een idee van wat de mogelijkheden en onmogelijkheden zijn bij een bepaald niveau van functioneren.

Mensen met een lichte verstandelijke beperking

Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben meestal geen zorg of begeleiding nodig. Zelfstandigheid en zelfredzaamheid zijn bijna altijd mogelijk. Ze kunnen wel ondersteuning en voorlichting nodig hebben, bijvoorbeeld als er bijkomende stoornissen of problemen zijn. Ook een goede communicatie is mogelijk. Houd er rekening mee dat de persoon met een lichte verstandelijke beperking zich bewust is van zijn 'anders-zijn'.

Mensen met een matige verstandelijke beperking

Mensen met een matige verstandelijke beperking kunnen zich meestal verbaal uiten, al is hun woordenschat beperkt. Ze zijn in staat een behoorlijke vorm van zelfredzaamheid te ontwikkelen. De motoriek is meestal redelijk goed ontwikkeld. Mensen met een matige verstandelijke beperking zijn aangewezen op zorg en begeleiding, waarbij de nadruk ligt op ondersteuning en voorlichting.

Mensen met een ernstige verstandelijke beperking

Mensen met een ernstige verstandelijke beperking hebben enig contact met de buitenwereld, al gedragen ze zich nogal eens passief. Meestal zijn ze in staat om enige zelfredzaamheid te ontwikkelen. Er kan starheid optreden: iets moet of kan alleen op een bepaalde manier en anders niet. Er is bijna altijd sprake van een zekere ontwikkeling van de motoriek. Mensen met een ernstige verstandelijke beperking zijn aangewe-

zen op verzorging en begeleiding. De zelfzorg moet gedeeltelijk worden overgenomen en ondersteund.



Figuur 1.1 Iedere persoon met een verstandelijke beperking is een individu

Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking

Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking leven in een eigen wereld. Ze zijn in zichzelf gekeerd. Ze zijn nauwelijks in staat enige vorm van zelfredzaamheid te ontwikkelen. De motoriek is onvoldoende ontwikkeld. Soms zijn ze bedlegerig. Mensen met een zeer ernstige verstandelijke beperking zijn aangewezen op volledige verzorging en begeleiding door anderen.

Indeling naar ervaringsordening

Een andere indeling is die van Dorothea Timmers-Huigens. Haar uitgangspunt is **ervaringsordening**: de verschillende manieren waarop iemand met een verstandelijke beperking zichzelf en de wereld om zich heen beleeft. Wat kan hij en wat doet hij met zijn ervaringen? Timmers-Huigens onderscheidt:

- vormgevend ervaren;
- structurerend ervaren;
- associatief ervaren;
- lichaamsgebonden ervaren.

Vormgevend ervaren

Vormgevend ervaren betekent dat de cliënt vorm kan geven aan zijn eigen leven. Hij is in staat iets extra's, iets eigens toe te voegen aan wat er al is. Hij heeft zijn eigen smaak en maakt zijn eigen keuzes. Hij is bijvoorbeeld in staat zelf te bepalen hoe zijn kamer of huis eruit moet zien en welke muziek hij mooi vindt.

Structurerend ervaren

Bij structurend ervaren is de cliënt in staat tot meer ingewikkelde associaties. Hij kan structuur herkennen en aanbrengen. Hij kan meer dan twee zaken met elkaar in verband te brengen. Hij is ook in staat de juiste volgorde aan te brengen in een reeks handelingen. Het opstaan bestaat bijvoorbeeld uit een reeks handelingen: uit bed komen, nachtgoed uittrekken, wassen, scheren, verschoneren, aankleden. Deze handelingen moeten in een juiste volgorde worden afgewerkt. Een cliënt die structurend ordent, is in staat de juiste volgorde aan te brengen in deze (en andere) handelingsreeksen. Hij kan daardoor een redelijk grote zelfredzaamheid bereiken.

Associatief ervaren

Bij associatief ervaren kan de cliënt associaties maken: 'dit hoort bij dat.' Als bijvoorbeeld de tafel gedekt is, weet hij dat het tijd is om te gaan eten. Als hij zijn pyjama aan heeft, weet hij dat het tijd is om zijn tanden te poetsen. Herhaling speelt een belangrijke rol bij het aanleren van associaties. Je kunt hem dingen leren door ze telkens op dezelfde manier te herhalen.

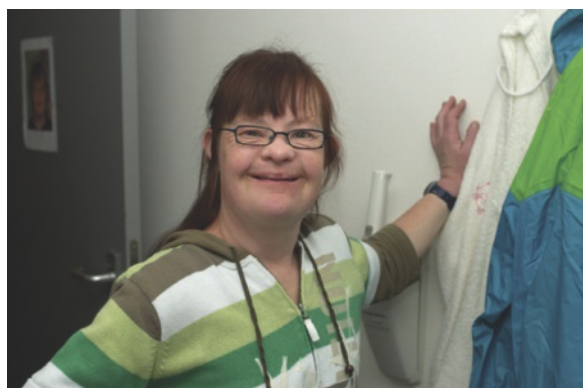
Lichaamsgebonden ervaren

Sommige cliënten nemen alleen waar wat ze met hun eigen lichaam ervaren. Dit noem je

lichaamsgebonden ervaren. Denk aan knuffelen, aaien, sabbelen, eten. Zet je hem voor de tv, dan heeft hij daar niets aan. Hij kan geen betekenis geven aan wat hij op afstand ziet, hoort of ruikt. Bij het lichaamsgebonden ervaren is het belangrijk gebruik te maken van lichamelijk contact.

1.3.4 Specifieke syndromen

Als begeleider van mensen met een verstandelijke beperking, krijg je ook te maken met cliënten met een specifiek syndroom. De bekendste is het syndroom van Down. Mensen die hetzelfde syndroom hebben, kunnen op elkaar lijken maar zijn niet hetzelfde. Ook al vallen de overeenkomsten op, de onderlinge verschillen zijn groter.



Figuur 1.2 Een cliënt met het syndroom van Down

Tabel 1.1 Indeling van mensen met een verstandelijke beperking

vroeger	nu	ervaringsordening
debiel	lichte verstandelijke beperking	structurend en vormgevend ervaren
licht imbeciel	matige verstandelijke beperking	associatief en structurend ervaren
ernstig imbeciel	ernstige verstandelijke beperking	lichaamsgebonden en associatief ervaren
idiot	zeer ernstige verstandelijke beperking	lichaamsgebonden ervaren

1.4 Mensen met een lichte verstandelijke beperking en gedragsstoornis

Mensen met een lichte verstandelijk beperking en een gedragsstoornis hebben speciale aandacht nodig. De gedragsstoornis kan groot of klein zijn. De afkorting voor een grote gedragsstoornis is SGLVG: sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten. Deze doelgroep heeft allerlei problemen, bijvoorbeeld (crimineel) gedrag, verslaving, psychiatrische stoornissen en/of persoonlijkheidsstoornissen. Dat ze óók een verstandelijke beperking hebben, zien instanties en begeleiders vaak veel te laat.

1.5 Mensen met een meervoudige beperking

In de gehandicaptenzorg kun je ook te maken krijgen met mensen met een *meervoudige beperking*. Vooral een combinatie van een verstandelijke en een motorische beperking komt veel voor. Bij een meervoudige beperking hoeft het niet per se om een combinatie van een lichamelijke en verstandelijke beperking te gaan. Een doofblinde cliënt heeft ook een meervoudige beperking.

Cliënten met een zeer ernstige verstandelijke, motorische én visueel/auditieve beperking, duid je aan als 'mensen met een ernstige meervoudige beperking' (EMB). In de gehandicaptenzorg kun je ook de afkorting ZEVMB tegenkomen. Mensen met ZEVMB hebben zowel (zeer) ernstige verstandelijke beperkingen als (zeer) ernstige motorische beperkingen. Specifieke problemen bij deze cliënten zijn problemen met alertheid, gedragsproblemen, communicatieproblemen en problemen met sociale contacten.

1.6 Mensen met een lichamelijke beperking

Bij een beperking op lichamelijk gebied kan het gaan om allerlei vormen van beperkingen. Denk aan:

- motorische beperkingen;
- zintuiglijke beperkingen;
- orgaanbeperkingen;
- bewustzijnsstoornissen (coma, epilepsie);
- niet-aangeboren hersenletsel (CVA bijvoorbeeld);
- spraak- en/of taalstoornissen.

Ongeveer 70% van de bewoners van woonvormen voor mensen met een lichamelijke beperking, heeft ook een verstandelijke beperking. In de gehandicaptenzorg werk je vooral met de leeftijdsgroep van 0 tot 65 jaar. Ouderen met lichamelijke stoornissen en beperkingen vallen onder de ouderenzorg. Zij wonen zelfstandig, of bijvoorbeeld in een zorgcentrum.

Een lichamelijke beperking kan aangeboren of pas later verkregen zijn. Wie op latere leeftijd een beperking krijgt, voelt vaak het pijnlijke gemis van alles wat vroeger wel kon. Wie op latere leeftijd een beperking krijgt, gaat vaak anders tegen zichzelf, anderen en de maatschappij aankijken.



Figuur 1.3 Motorische beperkingen komen in de gehandicaptenzorg veel voor

Deze uitgave **Begeleider gehandicaptenzorg MZ** maakt deel uit van de serie **Traject Welzijn**. De theorie van deze uitgave sluit volledig aan bij onderstaande werkprocessen uit het kwalificatiedossier **Maatschappelijke zorg**.

P1-K1-W1 Ondersteunt en motiveert een groep cliënten bij activiteiten

P1-K1-W2 Ondersteunt, informeert en adviseert de cliënt en naastbetrokkenen bij het behouden en stimuleren van de ontwikkeling

P1-K1-W3 Voert verpleegtechnische handelingen uit

P1-K1-W4 Begeleidt nieuwe collega's, stagiaires en/of vrijwilligers

De leermiddelen uit de serie **Traject Welzijn** zijn bestemd voor de opleidingen **Pedagogisch werk, Maatschappelijke zorg en Sociaal werk**. Door de thematische opbouw is **Traject Welzijn** geschikt voor alle onderwijsvormen en alle leerwegen, past daarnaast in verkorte trajecten en sluit aan bij elke leerstijl. De leerstof is opgebouwd uit: theorie, praktijksituaties en beroepsvaardigheden. Je kunt starten vanuit de theorie of vanuit een (gesimuleerde) praktijksituatie. Wat voor jou het beste werkt.

De **theorie** bevat alle basiskennis en achtergrondinformatie bij het betreffende werkproces en bevat veel voorbeelden uit de beroepspraktijk. De verwerkingsopdrachten sluiten aan bij de leerstof in de theorie.

De **praktijksituaties** zijn realistische beschrijvingen van situaties uit de beroepspraktijk, inclusief opdrachten gekoppeld aan houdingsaspecten, vaardigheden en kenniselementen.

De **beroepsvaardigheden** bevatten opdrachten voor het stapsgewijs aanleren van sociaal-agogische, communicatieve, verzorgende en creatieve vaardigheden.

Het complete aanbod van Traject Welzijn bestaat uit:

- theorieboeken met een heldere en gestructureerde uitleg over de benodigde vakkennis, verduidelijkt met veel praktijkvoorbeelden;
- werkboeken met verwerkingsopdrachten, toepassingsopdrachten en evaluatie- / reflectieopdrachten;
- digitale omgeving met ondersteunend materiaal voor zowel student als docent.

Wil je weten welke materialen er nog meer beschikbaar zijn bij Traject Welzijn?

Kijk dan op www.thiememeulenhoff.nl/trajectwelzijn.

Auteurs:

C. Telman

A.C. Verhoef

Onder redactie van:

M.H.A.J. Gludemans

R.F.M. van Midde

